

RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

Ill.mo Presidente dell'Ordine dei
Medici Veterinari della Provincia di Asti
C.so Pietro Chiesa, 17/B -14100 Asti

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
nato/a a _____ prov./stato _____
il _____ codice fiscale _____ iscrizione
all'Albo n.ro _____ CHIEDE DI ESSERE CANCELLATO/A dall'Albo dei Medici Veterinari di
questa provincia a far data dalla prima riunione del Consiglio Direttivo, per il seguente motivo:

rinuncia iscrizione Albo

cessato esercizio dell'attività professionale

trasferimento ad altro Ordine Professionale (specificare ed allegare documentazione
richiesta) _____

altro (specificare) _____

Si allega la tessera professionale di riconoscimento.

Luogo e data _____

Firma _____

** La richiesta di cancellazione dovrà pervenire ENTRO L'1/11 dell'anno in corso, di modo che i consiglieri e la segreteria possano deliberare la cancellazione entro il 31/12. In caso contrario la cancellazione verrà effettuata nell'anno solare successivo solo in seguito al pagamento della quota**